



Форма согласия на операцию

Имя пациента	Фамилия	Имя	Имя отца	Номер уд. личности
--------------	---------	-----	----------	--------------------

После того, как я получил(а) полное устное объяснение от д-ра:

Фамилия	Имя
---------	-----

о необходимости проведения операции / медицинской процедуры

включая ожидаемые результаты, допустимые риски и альтернативные методы лечения для подобных случаев, и включая вероятность и риски, сопряженные со всеми процедурами, исследованиями и видами терапии, с этим связанными. Настоящим я даю свое согласие на проведение операции / медицинской процедуры в соответствии с вышеописанным (далее: «медицинское лечение») в больнице. Мне объяснили и я понимаю, что существует вероятность того, что в процессе «медицинского лечения» появится необходимость в расширении его объемов, его изменении или проведении тех или иных дополнительных процедур, включая дополнительные хирургические процедуры, которые невозможно предсказать заранее в полном объеме, но их значение мне было объяснено, и потому я согласен(на) на такое расширение, изменение или проведение дополнительных процедур, включая операции и другие инвазивные действия, которые по мнению врачей больницы будут необходимы в процессе «медицинского лечения».

Я также даю свое согласие на местный или общий наркоз, если в этом возникнет необходимость, в соответствии с мнением лечащих врачей.

Я знаю и даю свое согласие на то, что «медицинское лечение» и все другие процедуры будут проводить назначенные специалисты, в соответствии с правилами и регламентом больницы, и мне не было обещано их выполнение полностью или частично конкретным специалистом, а лишь соблюдение меры ответственности медицинского учреждения в соответствии с законом при их выполнении.

Дата	Время	Подпись пациента
------	-------	------------------

Имя опекуна

Подпись опекуна

(в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного лица)

Настоящим я подтверждаю, что устно объяснил(а) пациенту(ке)/опекуну пациента(ки) все вышеупомянутое со всеми необходимыми подробностями и что пациент(ка) подписал(а) форму согласия после того как я убедился(лась) в том, что мои объяснения поняты полностью.

Имя врача

Подпись врача



Скорейшего выздоровления
Операционная бригада, первый этаж
Секретариат: 02-5678505

טופס הסכמה לניתוח

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

על הצורך בביצוע ניתוח/פעולה רפואית _____

לרבות על התוצאות המקוות, הסיכונים הסבירים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. אני נותן בזה את הסכמתי לניתוח/הפעולה הרפואית כאמור לעיל (להלן "הטיפול הרפואי") בבית החולים. הוסבר לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך "הטיפול הרפואי" יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים נוספים, לרבות ניתוחים ופעולות פולשניות נוספות, שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך "הטיפול הרפואי".

הסכמתי ניתנת, כמו כן, להרדמה בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים.

אני יודע/ת ומסכים/מה לכך ש"הטיפול הרפואי" וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------

שם האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש)
----------------	--

אני מאשר כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חותמת הרופא	חתימת הרופא
-------------	-------------

